# **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE**

Para que Alliance Medical Group (“AMG”) conserve nuestras tarifas en el valor más bajo posible, es importante que nosotros y nuestros pacientes tengamos en claro las cuestiones de responsabilidad financiera. Esperamos que este resumen le resulte útil para lograrlo. Lo instamos a hacer las preguntas que tenga.

* Debe pagar los copagos y las sumas de deducibles correspondientes que se deban abonar al momento del servicio. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Se cobrará un cargo de $12.00 por todos los cheques rechazados. La tarifa puede cambiar sin previo aviso.
* Si no tiene seguro o si su seguro no cubre los servicios, se espera que proporcione el pago de la totalidad al momento de recibir los servicios. AMG cuenta con documentación de asistencia financiera basada en los ingresos que se le puede brindar si usted la solicita.
* AMG le facturará a su compañía de seguros como cortesía. Comprenda que la responsabilidad financiera de los servicios médicos queda entre usted y su plan de salud. Si bien es un placer ayudarlo con la presentación de la factura a su seguro médico en su nombre, no somos responsables de las limitaciones en la cobertura que estén incluidas en su plan. Si su plan de salud deniega este reclamo por cualquiera de estos u otros motivos, nuestro consultorio no puede ser responsable de esta factura. Es su responsabilidad como paciente pagar la totalidad de las sumas denegadas.
* En los casos en los que tengamos un acuerdo de proveedor participante con su compañía de seguros por una tarifa negociada acordada por nuestros servicios, se hará un ajuste en la suma de la diferencia entre esta tarifa y nuestras tarifas normales al momento de recibir el pago de su compañía de seguros. Usted seguirá siendo responsable de los copagos requeridos, los deducibles correspondientes y los servicios que su plan de seguro no cubra.
* Si, por equivocación, su plan de salud le remite el pago a usted, deposite el cheque de su compañía de seguros y envíe un cheque personal a nuestra compañía de facturación junto con toda la documentación recibida de su compañía de seguros. Envíe el cheque y la documentación por correo a:

Prospect Connecticut Medical Foundation

1801 W. Olympic Blvd File 2201

Pasadena, CA 91199-2201

* Su plan de salud puede negarse a pagar un reclamo por alguno de los siguientes motivos frecuentes. Esta no es una lista exhaustiva; hable con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta.
* Esta es una enfermedad preexistente que su plan no cubre.
* No ha alcanzado su deducible total del año calendario.
* El tipo de servicio médico requerido no está cubierto por su plan.
* El plan de salud no estaba vigente al momento del servicio.
* Usted tiene otro seguro al que se debe presentar la facturación primero.
* Los pacientes que no se presentan para una cita programada sin cancelar la cita antes de la hora programada se consideran “ausentes sin aviso”. A un paciente ausente sin aviso se le puede cobrar $25.00, según lo establece el consultorio, por no presentarse. Un paciente que se ausente sin aviso tres veces dentro de un período de 12 meses podría ser dado de baja del consultorio. Le pedimos que todas las cancelaciones las haga con una antelación de 24 horas. La cita de un paciente se puede reprogramar si el paciente llega 15 minutos después de su hora programada para la cita.
* Los saldos del paciente que no se paguen después de 90 días se podrían enviar a una agencia de cobro. Los saldos pendientes que no se paguen quedan sujetos a la política de baja de AMG.

He leído y comprendo mis obligaciones, y reconozco que soy completamente responsable del pago de los servicios que mi aseguradora no cubra o no apruebe.

Fecha de nacimiento del paciente *(MM/DD/AAAA)*: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de imprenta Firma del paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal en letra de imprenta Firma del representante legal Fecha

**Relación con el paciente:**  Padre/madre  Tutor legal  Poder de representación  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_